



**Individual Vaccine Administration Record Information (VAR)**  
**Información Individual Registro de Administración de Vacunas (VAR)**

Individual's Name/ Nombre del individuo: \_\_\_\_\_ DOB/F. Nac.: \_\_\_\_\_ Age/Edad: \_\_\_\_\_

Individual Screening Questions	Yes	No	Don't know
1. Has the patient eaten in the past 4 hours?			
2. Does the patient have a fever or feel sick today?			
3. Does the patient have allergies to medicine, food, latex, or vaccines?			
4. Has the patient had a bad reaction to a vaccine in the past?			
5. Has the patient ever had a seizure or brain problem or have Guillain-Barre Syndrome?			
6. Does the patient have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or other immune system problems?			
7. Does the patient have heart, lung, or kidney disease, diabetes, anemia, or other long term health problems?			
8. Has the patient taken prednisone, cortisone, other steroids, radiation, or cancer treatment in the last 3 months?			
9. Has the patient received blood, blood products, or immune globulin (IG) in the past year?			
10. Is the patient pregnant or planning on becoming pregnant?			
11. Has the patient received vaccines in the past 4 weeks?			
12. Does the patient need a test for tuberculosis (TB) in next month?			
13. Does the patient have asthma, smoke, or use tobacco products, or live with someone who does?			
14. Does the patient have a shot card or record?			
15. Has the patient ever had chickenpox? If so, when? Date: _____			
16. Would you like information about local food banks and food pantries?			

Preguntas de Evaluación del Individuo	Si	No	No sé
1. ¿El paciente ha comido en las últimas 4 horas?			
2. ¿El paciente tiene fiebre o se siente enfermo hoy?			
3. ¿El paciente tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex o vacunas?			
4. ¿El paciente ha tenido una mala reacción a una vacuna en el pasado?			
5. ¿El paciente ha tenido alguna vez una convulsión o un problema cerebral o tiene el síndrome de Guillain-Barré?			
6. ¿El paciente tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otros problemas del sistema inmunitario?			
7. ¿El paciente tiene enfermedad cardíaca, pulmonar o renal, diabetes, anemia u otros problemas de salud a largo plazo?			
8. ¿El paciente ha tomado prednisona, cortisona, otros esteroides, radiación o tratamiento contra el cáncer en los últimos 3 meses?			
9. ¿El paciente ha recibido sangre, productos sanguíneos o inmunoglobulina (IG) en el último año?			
10. ¿La paciente está embarazada o planea quedar embarazada?			
11. ¿El paciente ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?			
12. ¿El paciente necesita una prueba de tuberculosis (TB) en el próximo mes?			
13. ¿El paciente tiene asma, fuma o usa productos de tabaco, o vive con alguien que sí lo tiene?			
14. ¿El paciente tiene una tarjeta o registro de vacunas?			
15. ¿El paciente ha tenido alguna vez varicela? ¿Si contesto que sí, cuando? Fecha: _____			
16. ¿Desea información sobre bancos de alimentos locales y despensas de alimentos?			

**\*All persons who get vaccines need to wait 15 minutes before leaving the clinic. This is for your safety in case of fainting, allergic reaction, or side effects. By signing this I have read and understood this instruction. Todas las personas que reciben la vacuna deben esperar 15 minutos antes de salir de la clínica. Esto es por su seguridad, en caso de desmayo, reacción alérgica o efectos secundarios. Al firmar este documento, confirmo que he leído y comprendido esta instrucción\***

I received the Vaccine Information Statements for needed vaccines. I understand the benefits and risks of vaccination and had all my questions answered. I agree to get the requested vaccines for myself or the person/child I am responsible for. I allow the release of information needed for insurance claims or payments of medical benefits. *He recibido las hojas informativas sobre las vacunas necesarias. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacunación y se han respondido todas mis preguntas. Acepto recibir las vacunas solicitadas para mí o para la persona/el niño de quien soy responsable. Autorizo la divulgación de la información necesaria para las reclamaciones de seguros o el pago de prestaciones médicas.*

Print name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\* **Must** be parent or legal guardian for children under 15 years old. \* **Debe** ser padre o tutor legal de los niños menores de 15 años.

**OFFICE USE ONLY**

VIS given?  Yes  No Explanation: \_\_\_\_\_

**Billing Code** → Vaccine Admin Fee Code (1) 90471 (2+) 90472 (COVID admin) 90480

**CHILDREN ONLY**

**ADULTS/KIDS w PRIVATE INSURANCE**

**M** (Medicaid, OHP)    **F** (Underinsured, FQHC)    **O** 317 funds (Other State Supplied)    **L** —Private (Locally Owned)

**N** (No Insurance)    **A** (Am. Indian/AK Native)    **B** Private Insurance or Self Pay (Billable/Not Eligible)

**S** Flu-Special (Special Projects)

Fund. Code	CVX Vaccine	Brand	Site	Dose	Lot #	Exp. Date	VIS Date
	20 DTaP 113 Td 115 Tdap	Infanrix Tenivac Boostrix/Adacel	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21 08/06/21 01/31/25
	110 DTaP/HepB/IPV	Pediarix	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			07/24/23
	130 DTaP/IPV	Quadracel	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			07/24/23
	146 DTaP/IPV/Hib/HepB	Vaxelis	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			07/24/23
	120 DTaP/IPV/Hib	Pentacel	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			07/24/23
	83 Hep A (Pedi)	Havrix Pedi Vaqta Pedi	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
	52 Hep A (Adult)	Havrix	LAI RAI LTI RTI	1.0 ml			01/31/25
	08 Hep B (Pedi)	Engerix-B Recombivax HB	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
	43 Hep B (Adult 3 dose)	Engerix-B	LAI RAI LTI RTI	1.0 ml			01/31/25
	189 Hep B (Adult 2 dose)	Heplisav-B	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
	104 Hep A/B	Twinrix	LAI RAI LTI RTI	1.0 ml			01/31/25
	49 Hib	PedvaxHIB	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
	165 HPV9	Gardasil 9	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
	10 IPV Polio	IPOL	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
	203 Meningococcal ACWY	MenquadFi	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
	03 MMR 94 MMRV	MMR II ProQuad	LAS RAS LTS RTS	0.5 ml			01/31/25
	216 PCV 20 33 PPSV23	Prevnar 20 PneumoVax 23	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			05/29/25 05/29/25
	116 Rotavirus	Rotarix/RotaTeq	Oral	1.0 ml			10/15/21
	21 Varicella	Varivax	LAS RAS LTS RTS	0.5 ml			01/31/25
	311 COVID (6mo-11y) 312 COVID (12y+) 313 COVID (12y+)	Moderna Moderna Spikevax Novavax	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			01/31/25

Staff ID: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  Entered in DrCloud  Uploaded to DrCloud